Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 maja 1881. **Nr 22.** Rok XX.

I. Z oddziału Docenta Dra Pareńskiego.

Zapalenie opon mózgowych i rdzenia pacierzowego nagminne.

(*Meningitis cerebrospinalis epidemica*).

(Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu ś. Łazarza w latach 1876—1880).

Skreślił Dr. Wład. Ant. Gluziński.

(Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego).

Ośmdziesiąt lat prawie mija od czasu pierwszych obserwacyj choroby, którą dzisiaj nazywamy: „*meningitis cerebro-spinalis epidemica*“. Rozwijając się powoli w niewielu miejscach dopiero z rokiem 1837 przybiera ona szersze rozmiary przebiegając Francyję całą prawie, a stosunkowo krótkiego czasu potrzebuje, aby z jednéj strony przerzucić się aż po za wody Atlantyku, z drugiéj szybkim krokiem dążyć na północ i wschód, rozpościerając się po Anglii, Danii, Skandynawskim półwyspie i Niemczech, a przebiegając przez Gdańsk dotrzeć do Petersburga. Równocześnie nawiedza ona i przeciwną stronę, t. j. południową, zajmuje Hiszpaniję, Włochy, południowe prowincyje Austryi, Grecyję, Krym, Kaukaz, a nawet przerzuca się na brzegi Azyi małéj do Smyrny i Jerozolimy.

W obrazie tym geograficznego rozszerzenia się uderza fakt jeden, że gdy cała Europa doznała skutków téj choroby, pozostał mało tknięty prawie cały pas ziemi, rozciągający się od Dniepru do Odry i gór karkonoszych na wschód, a do pasma szczytów bałkańskich na południe, t. j. pas zamieszkały przeważnie przez ludy słowiańskie. Ponieważ stosunki klimatyczne, higijeniczne, socyjalne, nie mogą stanowić podstawy dla wytłumaczenia téj okoliczności, możnaby więc tylko dwa punkta wyjścia wyszukać, tj. że albo szczep słowiański posiada pewną odporność dla przyrzutu téj choroby, albo brak sprawozdań z tego obszaru ziemi prowadzi do mylnego ułożenia obrazu geograficznego. Hirsch, (*Berl. klin. Wochenschrift* 1864, str. 180) nie mając żadnych danych pod ręką, zrobił pierwsze przypuszczenie i do roku 1879 zmienićby go nie mógł, bo oto w tym czasie w łamach Przeglądu Lekarskiego (Nr. 20, 27) czytamy pierwszą wzmiankę o epidemii téj choroby w Chrzanowie, z któréj wynika, że już w r. 1874 tamże *meningitis cerebro-spinalis* panowała; rok 1880 przynosi nam drugie sprawozdanie (Przegl. Lekar. Nr. 43, 44, 46) o pojawieniu się téj choroby w latach 1879 i 1880 we Lwowie z podaniem wiadomości o innych ogniskach chorobowych rozsianych w Galicyi.

Nie tusząc sobie zupełnie, abym mógł dodać jakikolwiek rys nowy do bogatéj literatury téj choroby, zabrałem się do skreślenia niniejszego sprawozdania, aby zrobić kilka kresek na ogólnym obrazie epidemijologii krajowéj.

Gdy Niemcy, Francyja, Anglija, zasypują czasopisma lekarskie setkami sprawozdań z najmniejszéj epidemii, i tym sposobem, chociaż nie wszyscy rozjaśniają chorobę co do etyjologii lub patogenezy, przynajmniéj uzupełniają obraz rozszerzania jéj geograficznego, literatura nasza ubogą jest w tym kierunku. Z drugiéj strony zastrzedz się jednak muszę, jakobym chciał kreślić cały obraz epidemii krakowskiéj. Nie mając do tego zupełnie materyjału ograniczyć się tylko muszę do sprawozdania z przypadków téj choroby leczonych w szpitalu ś. Łazarza na oddziale Docenta Dra Pareńskiego.

Z ogólnego poglądu na te notatki widzieć możemy, że już w r. 1876 obserwowano przypadki *meningitis cerebro-spinalis* w szpitalu krakowskim, że odtąd, aż do ostatnich czasów, jużto więcéj epidemicznie jużto sporadycznie występowała ta choroba, i że we właściwém słowa tego znaczeniu epidemii w Krakowie nie było, kiedy w szpitalu, w którym odbija się obraz zdrowotnego stanu miasta, przez lat 5 zebrać można było tylko kilkanaście przypadków rozpadających się po kilka na pojedyncze lata [1]).

[1]) Przypadki nasze co do czasu rozpadały się jak następuje: r. 1876: 20 marca †, 15 listopada, 23 grudnia †; r. 1877: 27 stycznia †, 5 czerwca †; r. 1878: 22 kwietnia, 9 listopada †, 10 listopada † (*moribundus*); r. 1879: 17 lutego, 7 kwietnia, 24 kwietnia, 5 grudnia; r. 1880: 28 maja.

Zostawiając sobie ogólne uwagi na koniec niniejszéj rozprawki przystąpię wprost do podania dat z pojedyńczych historyj chorób, do szczególnych uwag nad wybitniejszemi i ciekawszemi z nich, aby zaś ułatwić pogląd i szanownemu czytelnikowi i sobie będę się starał ugrupować pojedyńcze przypadki nie podług lat, lecz podług charakteru przebiegu sprawy chorobowéj każdorazowego przypadku.

Bieg czasu, coraz liczniejsze obserwacyje i obfitsze nagromadzenie materyjału z jednéj strony, dążność ujęcia w pewne reguły i schematy zjawisk natury z drugiéj strony, wpłynęły na wytworzenie działów i poddziałów w obrazie chorobowym *meningitis cerebro-spinalis epidem.* Za dużoby mi czasu zabrało wyliczenie i kreślenie historyi tych systematów, wspomnę tylko, że dwa charakterystyczne typy rozróżnić się w nich dadzą; jeden, który według poszczególnych przeważających symptomów stara się ugrupować pojedyńcze przypadki, a tu na czele stoją autorowie francuscy, drugi, gdzie cały obszar chorobowy, szybkość przebiegu, natężenie wszystkich charakterystycznych przypadów stanowią punkt wyjścia i podstawę w systematyce, twórcami ich autorowie angielscy i niemieccy, a powód do utworzenia tego ostatniego podziału i wytłómaczenie dla czego i ja w niniejszéj rozprawce trzymać się go będę dostatecznie skreślają słowa Hirscha *(Hist. geogr. Patg.* Tom II, str. 625): „*Eben so wenig ist es möglich nach den hervorragendsten Erscheinungen gewisse Krankheitsformen zu unterscheiden, da man alsdann in die Lage käme, eine Legion von Krankheitsbildern zu konstruiren, die durchaus keinen praktischen Werth haben, da man aus der einen Erscheinung keinen Schluss auf die übrigen Krankheitsverhältnisse, weder in funktioneller noch in anatomischer Beziehung, zu machen berechtigt ist*".

Pomijając podziały Hirscha, Leydena, trzymać się będę podziału Ziemssena, jaki znachodzimy w jego dziale *(Handbuch der speziel. Path. u. Ther.* t. II, str. 503) z małą poprawką umieszczoną w *Deutsches Archiv für klinische Medizin* 1866 T. I, str. 346, w opisanéj przez niego epidemii w Erlangen.

Systemat ten jest następujący: 1) forma piorunująca, 2) forma ostra, 3) forma przyostra, *a)* ze śmiertelném zakończeniem, *b)* z pomyślném, 4) forma intermitująca, 5) forma poronna. Dział 1 i 5ty pozostaje w sprawozdaniu naszém bez przykładu dla tego w niniejszéj rozprawce tylko o pozostałych trzech formach mówić będę.

A) Forma ostra.

I. Wincenty Swierczak l. 12, uczeń szewski przyjęty do szpitala d. 24 grudnia 1876.

W d. 23/12 wyszedłszy z domu w zupełnie dobrym stanie zdrowia przyniesiony był w kilka godzin nieprzytomny.

Status praesens 25/12: Odżywienie mierne. Narząd oddechowy i krążenia prawidłowy. Śledziona niepowiększona. Głowa w tył wygięta, mięśnie karkowe napięte, odnoga górna lewa bezwładnie obwisła, czucie w niéj zniesione. Ból głowy i wzdłuż stosu pacierzowego.

26/12. Głowa jeszcze więcéj w tył wygięta, *opisthotonus*, opad powieki górnéj prawéj *(ptosis palpebrae sup. dextr.)*. Chory niespokojny, rzuca się, płacze, jęczy. T. r. 38° w. 37°.

27/12 T. r. 38·5° w. 37·5°. Stan ten sam, śmierć w 5 dniu choroby.

Sekcyja (w streszczeniu): Opona twarda napięta, opony miękkie silnie nastrzykane. W rowkach międzyzwojowych wypocina zielonawo-żółta. Na przekroju miąższ mózgu nieco zbitszy przedstawia liczne punkta krwawe nadające powierzchni przekroju odcień różowawy. Na podstawie mózgu koło skrzyżowania nn. wzrokowych *(chiasma nerv. optic.)* miejsce, wielkości kilku milimtr., wypełnione wypociną wyżéj opisaną, również na podstawie móżdżku miejsce takież same wynoszące 1 cm. kw. Wzdłuż rdzenia pacierzowego między oponą pajęczą a naczyniową wypocina włóknikoworopiasta, naczynia rdzenia rozszerzone.

Płuca lekko przyrosłe do klatki piersiowéj. Opłucna jasno czerwono zabarwiona. Na przekroju płuco wszędzie powietrze zawiera, prócz kilku miejsc zapadłych o powierzchni poniżéj poziomu reszty płuca, sino zabarwionych, zbitszych. Serce prawidłowe. Wątroba wielkości prawidłowéj, torebka napięta, przejrzysta, na przekroju prawie jednostajnie szaro zabarwiona, tłuszczowo połyskująca, krucha.

Śledziona powiększona, torebka pomarszczona. Na przekroju wiśniowo zabarwiona, miąższ zbity, miazga z trudnością zeskrobać się daje. Nerki prawidłowe.

D. anat.-Meningitis cerebro-spinalis purulenta. Degeneratio parenchymatosa acuta.

II. Maryjanna Balawendrowa l. 52, wyrobnica, przyjęta do szpitala d. 30 stycznia 1877. Choroba rozpoczęła się przed 3 dniami od silnego bólu głowy, majaczenia i miernego rozwolnienia, w krótce utrata przytomności.

Badanie wykazało napięcie mięśni karkowych i wszystkich zginaczy tak odnóg dolnych jak i górnych, przeczulicę miernego stopnia, bezprzytomność, niepokój. Granice płuc obniżone, tony serca głuche, śledziona od 9 żebra macalna, c. 39°. Przez dalsze 3 dni stan się pogorszył, przystąpił *opisthotonus*, tętno ze 120 podskoczyło w dzień śmierci na 138. Śmierć w 7 dniu choroby.

Sekcyja: Opona twarda miejscami zgrubiała, silnie napięta. Opona miękka gęsto nastrzykana, wzdłuż żył znaczna ilość wypociny ropnéj. Istota szara mózgu jednostajnéj grubości, istota biała różowawo zabarwiona, wśród niéj liczne punkta krwawe i kilka ognisk różowo zabarwionych z jasno czerwonemi kropkami spojności równéj co i miejsca sąsiednie. Na podstawie mózgu, również wzdłuż naczyń żylnych, wypocina włóknikoworopna, opona również gęsto nastrzykana, ciecz podoponowa mętna z wypociną włóknikoworopną zmięszana. Rdzeń pacierzowy okazuje na swéj tylnéj stronie, wzdłuż splotów żylnych, gruby pokład wypociny ropnéj. Na przekroju istota szara okolicy lędźwiowéj różowo-szaro zabarwiona wypukla się ponad powierzchnię, granice jéj zatarte; istota biała nie przedstawia zmian wolném okiem dostrzegalnych. Części przednie obydwóch płuc nadmiarowo powietrzem rozdęte, tylne i dolne ciemno-czerwono zabarwione i zbitsze. Na przekroju części przednie przedstawiają miąższ wiotki, suchy; części tylne i dolne żywo czerwono zabarwione, zalewają się wielką ilością cieczy krwawéj pienistéj. Pod opłucną obydwóch płuc, szczególniéj w częściach dolnych, liczne miejsca drobne, ciemne. Serce, wątroba, śledziona, nerki prawidłowe. Błona śluzowa żołądka nierówna, okazująca bardzo liczne drobne guzki, zgrubiała, w części koło wpustu silnie nastrzykana zawiera drobne wybroczyny, w okolicy zaś odźwiernika szaro zabarwiona. Bł. śluzowa jelita cieńkiego blada, gruczoły odosobnione wysterczają nieco nad powierzchnię. *D. anat. Meningitis cerebro-spinalis purulenta; myelitis in parte lumbali. Emphysema et oedema pulm. Catarrhus ventriculi chronicus.*

Bezprzytomność w przypadku 1szym nagła, w 2gim poprzedzona na krótko bólem głowy, trwanie jéj do śmierci,

niepokój, rzucania się, jednakowy mniéj więcéj obraz zmian anatomicznych, oto wspólne cechy tych dwóch przypadków. Szybkie wystąpienie objawów porażennych u Świerczaka, a długo utrzymujący się okres podrażnienia objawiającego się ogólną przeczulicą, silnemi kontrakturami mięśni grzbietowych i zginaczy odnóg dolnych i górnych u Belewandrowéj, stanowią dość znaczną różnicę obydwóch przypadków, różnicę, któréj ze zmian anatomicznych nam dostępnych wcale wytłumaczyć nie bylibyśmy w stanie, gdybyśmy nie uwzględnili słów Schützenbergera (*Resumé der medizinischen Klinik zu Strassburg*. Schmidt's *Jahrb*. T. LIII, str. 290), że „zmiany funkcyjonalne, które zowiemy objawami *meningitidis*, są nie tylko prostym i bezpośrednim wynikiem sprawy zapalnéj błon mózgowych lub rdzeniowych, po większéj części są one wywołane podrażnieniem, jakie ta sprawa na sam miąższ mózgu lub rdzenia wywiera, a rozmaitość ich przy tych samych zmianach anatomicznych znalezionych na stole sekcyjnym jest wynikiem różnego stopnia drażliwości indywiduów, łatwości lub trudności przenoszenia wrażeń i t. d".

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Zupełnie podobne zachodzić mogą stosunki przy głębokich ropniach ściany brzusznéj, z tą tylko różnicą, że w tym razie kiszka zostaje otwarta od zewnątrz ku wewnątrz, jak to widzimy w następującym przypadku.

W kwietniu 1861 r. przyjętą została do kliniki 30-letnia kobieta, która podczas połogu cierpiała na ropne zapalenie powłok brzusznych. Po 5 tygodniach pobytu w klinice umarła ona z powodu suchot płucnych, a przy sekcyi znaleziono następujący ciekawy obraz: Pięć cm. na prawo od linii białéj i 3cm. pod pępkiem znajduje się jama ropnia wielkości jaja kurzego sięgającego aż do otrzewny, która wypuklając się na zewnątrz w kształcie worka pociągnęła za sobą także zrośniętą z nią przednią ścianę okrężnicy poprzecznéj. Na samém dnie jamy zniszczona już była przez ropienie otrzewna i część ściany kiszki aż do błony śluzowéj i nie ulega wątpliwości, że byłoby przyszło do otwarcia kiszki i do utworzenia rzyci nienaturalnéj, o tych samych cechach jak w opisanym przypadku, gdyby śmierć nie była nastąpiła z wyżéj wspomnianéj przyczyny.

Dwa ostatnie przypadki przytoczyłem tylko w celu wyjaśnienia sposobu powstania stanu, jaki opisałem w przypadku pierwszym i sądzę że na téj podstawie możemy przyjąć następne tłumaczenie sposobu wytworzenia się rzyci nienaturalnéj z wywinięciem się jelita. Pierwotną zmianą było uwięzgnięcie przedniéj ściany okrężnicy (hernia Litrégo), która już przed przejściem w zgorzel zrosła się z bramą przepuklinową w całym jéj obwodzie, tak że po przebiciu jelita treść jéj nie dostała się do jamy brzusznéj, lecz tylko wywołała zgorzel ścian brzusznych w miejscu odpowiadającém także tylko bramie przepuklinowéj. Worek przepuklinowy uległ w skutek ropienia skurczeniu, tak że nie mogło przyjść do utworzenia się lejka Scarpy, a właśnie brak jego, jakotéż ta okoliczność, że ściana tylna kiszki była wcale nie zniszczona, ułatwiły wypadnięcie najpierw tylnéj ściany jelita, która przy silniejszém działaniu tłoczni brzusznéj pociągnęła za sobą przylegającą część kiszki. Nie ulega wątpliwości, że ściąganie się warstwy mięśni podłużnych, a wszystkie trzy *teniae coli* były utrzymane w całości, musiało przyczyniać się także do powiększenia części wypadniętéj, czemu sprzyjał także zupełny brak ostrogi, któraby mogła przeszkadzać wywinięciu się przynajmniéj końca stolcowego. Być może, że w samym początku cierpienia ostroga taka istniała, jak to każe przypuszczać badanie anatomiczne przypadku przepukliny powyżéj opisane, jednak fałd ten, już wtedy niewysoki, wygładzony został wkrótce przez ściągnięcie się krezki okrężnicy, tak że oba końce kiszki były w nieprzerwaném połączeniu przez jéj tylną ścianę, kał jednak wylewał się z powodu braku lejka Skarpy drogą najkrótszą, a zatém z otworu w ścianie brzusznéj. Ważną także okolicznością w opisanym przypadku było zarośnięcie się światła wywiniętéj kiszki w głębokości koło 5cm. od jéj końca stolcowego. Powikłanie to było ważne, albowiem ono tłumaczy nam, dla czego końca odbytnicowego wypadającéj kiszki nie można było, nawet po uregulowaniu i uszczupleniu dyjety, utrzymać w jamie brzusznéj dłużéj nad 4 do 6 godzin. Wspomniałem już bowiem, że, po odprowadzeniu téj części kiszki, wyczuć można było przez otwór w ścianie brzusznéj *volvulus* tworzący się z powodu niemożności zupełnego zniesienia wynicowania jelita. Nie ulega wątpliwości, że *volvulus* ten, drażniąc kiszkę jako ciało obce, podniecać musiał ruchy robaczkowe jelita, które posuwały je zawsze ku miejscu stałego przyczepienia jelita, zatém ku otworowi w ścianie brzusznéj.

Przechodzę teraz do dalszych przypadków operacyjnych na przewodzie pokarmowym, a mianowicie do wycięcia pętli jelita, następowego zespojenia obu odcinków czyli do tak zwanéj enterorafii. W obu przypadkach téj operacyi powodem jéj wykonania była zgorzel jelita uwięzgniętego. Pierwszy z nich zdarzył się w kwietniu 1879 r. u żydówki 36-letniéj. U choréj tej wystąpiło uwięzgnięcie staréj przepukliny udowéj prawéj już 10 dni przed jéj przybyciem do kliniki. W czasie jéj pobytu w domu starali się różni lekarze odprowadzić przepuklinę do jamy brzusznéj, gdy to jednak się nie udało mimo używania znacznéj siły, przyniesiono chorą, już prawie konającą, do kliniki. Głos jéj był ledwie słyszalny, tętno szybkie, nitkowate, wymioty ustawiczne już od dni kilku cuchnęły kałem. Przy badaniu miejscowém znaleziono w okolicy kanału udowego prawego obrzęk wielkości jaja gęsiego, pokryty skórą sino-czerwoną, mocno napięty; przy naciskaniu palcem czuć w nim wyraźne trzeszczenie. Wszystkie te objawy zatém przemawiały za istniejącém już przedziurawieniem kiszki. Po zachloroformowaniu choréj przecięto skórę wzdłuż obrzęku, poczém zaraz wylała się na zewnątrz ciecz mocno cuchnąca, posokowata, pomięszana z kałem i z gazami. Przy bliższém badaniu okazało się, że w przedziurawionym worku przepuklinowym leżała pętla jelita cienkiego rozdarta i w rozciągłości 12cm. zgorzelinowa. Po wycięciu więc całéj téj pętli aż do części zdrowych kiszki wraz z odpowiednią częścią krezki, zespojeniu odcinków szwem Lamberta, jak to dokładnie opiszę niżéj, odprowadzono kiszkę przez rozszerzoną poprzednio bramę przepuklinową do jamy brzusznéj. Chora ta umarła w kilka godzin po operacyi, a sekcyja nie mogła być robiona z powodu nalegań przesądnych krewnych choréj. Nie zatrzymując się więc dłużéj nad tym przypadkiem przechodzę do drugiego, nad którym zastanowimy się nieco obszerniéj.

Przepuklina pachwinowa zewnętrzna prawa. Zgorzel jelita, enterorafia, śmierć w 8 dniu po operacyi, sekcyja.

Kozień Józef, lat 29 liczący, szewc, nie przebywał żadnych ważniejszych chorób, cierpiał dość często na zaparcie stolca, a przy oddawaniu go miał doznawać czasami bólu w okolicach pachwinowych. Bóle te jednak nie były nigdy silne, jakotéż chory stanowczo twierdzi, że nigdy nie spostrzegł w pachwinach żadnego niezwykłego obrzęku. Kilkanaście dni przed powstaniem obecnéj choroby K. nabawił się dość silnego kaszlu, który mu jednak nie przeszkadzał w zwykłém zatrudnieniu. W dniu 10 listopada 1880 r., wracając do domu o godzinie 11 w nocy, zakaszlał bardzo mocno a zaraz potém uczuł gwałtowny ból w prawéj pachwinie. Doszedłszy z trudem do domu położył się do łóżka, a oglądając bolesną okolicę spostrzegł w niéj obrzęk wielkości jaja. Wezwany lekarz próbował tylko bardzo lekko odprowadzić obrzęk ten do jamy brzusznéj. Gdy jednak to się nie udało, nie używał większéj siły, lecz polecił choremu udać się do kliniki chirurgicznéj, dokąd téż chory przyniesiony został dnia 11/11 o godzinie 12 w południe. Od chwili wystąpienia obrzęku chory nie oddał ani stolca ani wiatrów, doznawał silnych nudności, a 2 razy wymiotował. Badanie kliniczne wykazuje stan następujący: Odżywienie mierne, skóra szczególnie na twarzy blada, zimnym potem oblana, rysy zaostrzone, oczy zapadłe. W okolicy pachwinowéj lewéj znajduje się obrzęk wielkości jaja gęsiego, dłuższa oś jego skierowana jest od zewnątrz i góry, na dół i na wewnątrz, zapuszczając się do prawéj połowy moszen. Skóra nad obrzękiem prawidłowa, obrzęk o powierzchni gładkiéj, elastyczny, przy ucisku miernie bolesny, szczególnie nad swą zasadą w okolicy kanału pachwinowego. Wypuk wykazuje odgłos stłumiono — bębenkowy. Po zachloroformowaniu chorego próbował prof. Bryk odprowadzić przepuklinę za pomocą ostrożnego ucisku połączonego z ruchami wahadłowemi całego obrzęku. Gdy jednak usiłowania te nie prowadziły do celu, przystąpił prof. B. do wykonania hernijotomii. Po przecięciu powłok zewnętrznych i worka przepuklinowego zwykłym sposobem natrafiono w nim na pętlę jelita cienkiego, 12 do 15cm. długą, barwy nieco sinawéj. Po obejrzeniu téj pętli wprowadził operujący palec wskazujący ku bramie przepuklinowéj, która tworzyła pierścień ostry i mocno napięty, tak że tylko z trudem udało się wprowadzić między nim a kiszką ledwie sam koniec paznokcia. Pod przewodnictwem i osłoną tego palca rozszerzono bramę przepuklinową herniotomem przez kilka nacięć płytkich po stronie zewnętrznéj pierścienia uciskającego. Po uwolnieniu tym sposobem zaciśniętéj pętli jelita pociągnięto ją ku zewnątrz i wtedy okazało się, że kiszka w miejscu zaciśnięcia była ciemno-brunatno zabarwiona, a w ścianie jéj przedniéj znajdował się otwór 20-centówki. Stwierdziwszy taki stan przystąpił prof. Bryk do resekcyi kiszki a ta część operacyi wykonaną była w następujący sposób: Przy granicach mającéj się wyciąć pętli uchwycono ją wraz z odpowiednim kawałkiem krezki w kleszcze, których ramiona pokryte były rurkami gumowemi. Następnie wycięto nożyczkami pętlę zgorzelinową w długości 12cm. wraz z trójkątnym kawałkiem krezki, obcięcia jednak nie schodziły się zupełnie z sobą tak, że wycięta pętla jelita trzymała się jeszcze na małym mostku krezki, w którém to miejscu właśnie widoczne było większe naczynie. Szwem Lamberta, do którego używano delikatnych prostych igieł angielskich nawleczonych cienkim jedwabiem wygotowanym i przechowywanym w 10% rozczynie karbolu (sposób Czernego), zespojono najpierw przednią blaszkę krezki, potém przednią ścianę zbliżonych do siebie odcinków kiszki, daléj tylną ścianę kiszki. Teraz dopiero oddalono zgorzelinową pętlę jelita w sposób następujący: Najpierw założono szew Lamberta przy samym szczycie wyciętego z krezki trójkąta. Następnie podwiązano katgutem mostek, na którym trzymała się jeszcze pętla jelita i oddzielono ją po nad miejscem podwiązania. Cała operacyja odbyła się aż do téj chwili pod ciepłym dymem 1% rozczynu karbolu. Nagle spostrzeżono, że znaczna część pętli jelita leżącego na zewnątrz, zbielała, zesztywniała, słowem wyglądała jakby wygarbowana. Usunięto więc natychmiast rozpylacz, pętle jelita pokryto wilgotną gąbką, zmaczaną w ciepłym rozczynie kwasu salicylowego, zespojono szybko tylną blaszkę krezki kilkoma szwami Lamberta, poczém cała kiszka i część wypadniętéj sieci dała się odprowadzić bez znaczniejszych trudności do jamy brzusznéj, przyczém jednak spostrzeżono, że sieć nitkowatą wypustką przyrośnięta była do ściany kanału pachwinowego. Ranę skórną zespojono kilkoma szwami węzełkowemi, założono opatrunek Listera i chory odniesiony został na salę.

Zanim opiszę dalszy przebieg po operacyi pozwolę sobie podnieść kilka szczegółów tak co do powstania przepukliny w powyższym przypadku, jak i co do saméj operacyi.

(Dokończenie nastąpi).

III. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

VI.

Choroby zakaźne.

Przez Dra H. Schramma.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

3. Dur osutkowy. Opierając się na 19 przyp. w klinice stałéj leczonych przedewszystkiém zaznaczyć musimy dwie właściwości, jakiemi odznaczała się przeważna część naszych przypadków, a mianowicie częstą obecność przypadów brzusznych i skłonność do rychłego pojawiania się osłabienia siły popędowéj serca. Przypady brzuszne, o których powszechnie twierdzą, że są w durze osutkowym przypadkowém tylko i rzadkiém powikłaniem, w naszych przypadkach przydarzały się często, mianowicie uważano w 2ch przypadkach biegunkę, w 2ch bębnicę, w 1 bębnicę z biegunką, gdzie wypróżnienia stolcowe wodniste dochodziły do 30 dziennie, a w 4 przypadkach biegunkę, bębnicę, bolesność i kurczenie nad kiszką ślepą. Czy zjawisko to jest tylko przypadkowém, lub też polega na pewnych warunkach miejscowych, a tém samém nadaje przebiegowi duru osutkowego w naszém mieście pewne piętno endemiczne, rozstrzygnąćby mogły tylko spostrzeżenia szpitalne, obejmujące znacznie większą liczbę przypadków téj choroby. Osłabienie czynności serca, objawiające się między innemi rozszerzeniem wymiaru poprzecznego serca, tętnem miękkiém, a często przytém wielkiém, skłonnością do tworzenia się w płucach spraw ocieklinowych, wreszcie sinicą skóry i błon śluzowych przy braku wybitniejszych objawów nieżytu oskrzelowego, pojawiało się niekiedy już w pierwszych dniach choroby. W 12 przypadkach uważano słabą czynność serca, co także przekracza prawidłową częstość tego objawu, i zdaje się stanowić drugą właściwość naszych durów osutkowych.

Okres zwiastunów w większéj liczbie przypadków był bardzo krótki, lub wcale go nie było, tylko w 3 przyp. był nieprawidłowo długi, gdyż wynosił 1—2 tygodni. Początek choroby w przeważnéj liczbie stanowił jednorazowy dreszcz, a tylko w 1 przypadku, który odznaczał się bardzo ciężkim przebiegiem, dreszcz powtórzył się kilkakrotnie. Obfitsze wybroczyny w skórze znaleziono tylko w 3 przyp., z których dwa odznaczały się także krwotokami nosowemi. Z powikłań i chorób następowych wymienić należy zapalenie gruczołu przyusznego (*parotitis*) z przejściem w ropienie w 2 przyp., raz przydarzyła się odleżyna na kości krzyżowéj już w 11 dniu choroby, a po razie ocieklina płuc, zapalenie płuc dławcowe, nieżytowe i ocieklinowe.

Najwyższe wzniesienie się ciepłoty ciała w godzinach popołudniowych, przeszło u $^3/_4$ wszystkich chorych, przekraczało 40°C., tylko w 1 przypadku najwyższa ciepłota w ciągu całéj choroby nie przechodziła 39°C., w 2 przyp. dosięgała 40°C., a w jednym przyp. przenosiła 41°C. Po odciągnięciu 5 przyp., gdzie początek choroby nie dal się dokładnie oznaczyć, w pozostałych 14 przyp. *maximum* podniesienia się ciepłoty przypadało na rozmaite dnie choroby, począwszy już od 3go dnia aż do 14go dnia choroby: najczęściéj, bo w 5 przyp., przypadało na dzień 10ty, a w jednym przyp. gorączka osiągnęła najwyższy stopień dopiero w 15tym dniu choroby. Pierwsze zwolnienie stanu gorączkowego nastawało w przeważnéj liczbie przypadków między 10—13tym dniem choroby, a tylko w 2 przyp. z dnia 7go na 8my. Zupełne przełamanie się gorączki *(crisis)* uważano najczęściéj z 14go na 15ty dzień choroby, poczém ciepłota albo wcale się już nie podnosiła, albo też przez następne dwa lub trzy dni pod wieczór pojawiał się przemijający stan podgorączkowy. Powolne ustępowanie stanu gorączkowego (*lysis*) spostrzegano w dwóch przypadkach, a mianowicie w jednym gorączka zaczęła się stale zmniejszać od 12go, w drugim od 7go dnia choroby. Po ustąpieniu gorączki ciepłota obniżała się często poniżéj prawidłowéj; w jednym przypadku do 35·3°C.; tętno wracało do częstości prawidłowéj lub też niekiedy niżéj częstości prawidłowéj (w 2 przyp. do 54).

Objaw oddechowy Cheyne-Stokesa uważano w jednym przypadku w ciągu 6 dni poprzedzających przełamanie się gorączki; pomimo młodego wieku chorego (l. 21), dobréj budowy i dobrego odżywienia i miernego stanu gorączkowego, gdzie najwyższe wzniesienie się ciepłoty wynosiło tylko 39·7°C., przebieg choroby w tym przypadku był bardzo ciężki i nieprawidłowy z powodu znacznéj biegunki, rychło powstającéj odleżyny, wybitnych objawów osłabienia czynności serca i z powodu ropnego zapalenia gruczołu przyusznego; mimo to jednak choroba zakończyła się pomyślnie.

Śmiercią zakończył się tylko jeden przypadek u mężczyzny l. 42 liczącego, w dniu 11 choroby, pomimo że ciepłota najwyższa wynosiła tylko 39·6°C. i pomimo zmniejszenia się gorączki z dnia 9go na 10ty. Cechą główną tego przypadku była śpiączka głęboka już od 4go dnia choroby, utrudnienie oddechu, sinica i tętno dochodzące do 144. Obok stłuszczenia serca, wątroby, nerek i mięśni wykazała sekcyja w szczycie lewego płuca kilka dawnych ognisk serowatych, otoczonych zbitą tkaniną, a obok nich rozsiane liczne świeże gruzełki. Zmiana ta w płucu była najprawdopodobniéj przyczyną niepomyślnego przebiegu choroby, z czém zgadzają się spostrzeżenia prof. Korczyńskiego, który u chorych ze zmianami szczytowemi w płucach widział bardzo często niepomyślne zakończenie się choroby, pomimo niewielkiego nasilenia gorączki i braku jakichkolwiek powikłań.

Że procent śmiertelności w naszych przypadkach wynosił niespełna 5·3%, pomimo że mieliśmy do czynienia przeważnie z przypadkami bardzo ciężkiemi, przynajmniéj w części przypisać należy leczeniu, które przeważnie zmierzało do utrzymania sił przez żywienie pokarmami płynnemi w ilości dostatecznéj podawanemi i do skrzepiania siły popędowéj serca przez środki podniecające, których nie skąpiono, ilekroć spostrzeżono jakikolwiek objaw osłabienia w narządzie krążenia. Ze środków przeciwgorączkowych stosowano chinin, salicyn, kwas salicylowy, będźwinian sodowy, tymol i kąpiele chłodne. O działaniu tych leków to samo prawie powiedzieć możemy, co w durze brzusznym, z tą tylko różnicą, że podniesienie ciepłoty ciała jest w durze osutkowym jeszcze więcéj oporném wobec środków przeciwgorączkowych niż w durze brzusznym.

Że z większemi dawkami chininu trzeba być bardzo ostrożnym u osób niedokrewnych, z wadami sercowemi, poucza przypadek kobiety 35-letniéj z niedomykalnością zastawki dwudzielnéj w okresie zupełnéj kompenzacyi, która w dniu 3cim duru osutkowego okazywała zrana ciepłotę 38·6, wieczór 40·3, a tętno 106. W dniu 4 choroby wynosiła ciepłota zrana o godz. 8éj 39·4, o 10éj 39·8, o 12éj 40·1, o 2éj 39·9; o godzinie 2éj podano 4 grm. siarkanu chininowego a mianowicie co $^1/_4$ godz. po 1 gramie, poczém o godz. 4éj ciepłota wynosiła wprawdzie tylko 38·7, ale chora obok zupełnego prawie ogłuszenia, szumu w uszach i wymiotów kilkorazowych okazywała objawy znacznego zapadu, które mimo środków podniecających trwały aż do popołudnia dnia następnego. Przebieg dalszy ciepłoty był następujący: aż do późnego wieczora ciepłota utrzymywała się na 38·7°C.; nazajutrz o godz. 7 rano wynosiła 37·9, o godz. 9éj 37·5 i odtąd podnosiła się zwolna, by o godz. 5éj popoł. dojść do 40·1°C. Od czasu podania chininu tętno stało się małém i miękkiém, a aż do czasu przełamania się gorączki w dniu 13tym choroby podtrzymywać musiano czynność serca za pomocą środków podniecających.

4. Dur powrotny w czasie nagminnego panowania w r. 1878 pomiędzy najuboższą ludnością dostarczył 4 przyp. do kliniki stałéj, z których jeden odznaczał się mierną żółtaczką, występującą w każdym napadzie. Jako choroby następowe uważano w jednym przyp. zapalenie płuc, w drugim zapalenie osierdzia. Wszystkie przyp. ukończyły się pomyślnie.

5. Błonica *(diphtheritis)* i porażenia pobłonicowe dostarczyły 26 przyp., z których tylko 8 odnosi się do chorych więcéj niż 30 lat liczących, reszta zaś do osób między 10 do 27 rokiem życia. Co do błonicy zasługiwałby na wzmiankę pobieżną przypadek u 10-letniéj niedokrewnéj dziewczynki, gdzie, mimo miernego tylko nasilenia sprawy miejscowéj i mimo bardzo znacznego podniesienia ciepłoty ciała, już w 5 dniu choroby pojawił się upadek sił i osłabienie mięśnia sercowego tego stopnia, że chwilami tętno sprychowe wymacać się nie dało, a w dniu 11ym po ustąpieniu stanu gorączkowego i po zupełném zniknięciu wypocin błonicowych pojawiły się na skórze bardzo liczne wybroczyny, które utrzymywały się dni kilkanaście. Z 4 przyp. porażeń pobłonicowych zasługują na wzmiankę dwa przypadki. 1) U chłopca 17-letniego w 10 dni po przebyciu błonicy powstało porażenie odnóg dolnych, poprzedzone silnemi bólami w takowych;

badanie w 6 tygodni późniéj wykazało lekkie upośledzenie mowy, zwrócenie języka ku stronie prawéj, niedowład odnóg dolnych połączony z upośledzeniem kurczliwości mięśniowéj i ze sinicą odnóg. Po 2 miesiącach leczenia za pomocą jodku potasu, rozcieku Fowlera i kąpieli letnich przypady chorobowe ustąpiły zupełnie. 2) U mężczyzny 22-letniego, przyjętego w 10 miesięcy po przebyciu, jak się zdaje, błonicy, znaleziono rozległe i znaczne zboczenia w układzie nerwowym a mianowicie: upośledzenie ruchomości podniebienia miękkiego, niedowład odnóg dolnych połączony z niezbornością ruchów i z upośledzeniem odruchów ścięgnistych, niedowład małego stopnia odnogi górnéj lewéj, i upośledzenie czucia elektrycznego i dotykowego po całéj stronie lewéj. Wszelkie środki lecznicze były w tym przypadku całkiem bezskuteczne.

6. Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych (*meningitis cerebro-spinalis*) dostarczyło klinice stałéj 3 przyp., z których jeden nie odznaczał się szczególniejszemi przypadami. Drugi przyp. zasługuje na przytoczenie z powodu bardzo ciężkiego i przewlekłego przebiegu, gdzie mimo zapalenia miąższowego nerek, zapalenia dławcowego prawego płuca i bardzo ciężkich przypadów w sferze nerwowéj, jak ogólnych drgawek, zupełnéj śpiączki, porażenia połowiczego strony lewéj i następowych kontraktur w odnogach, a w późniejszym okresie choroby pojawienia się moczówki (*diabetes insipidus*), po 4-miesięczném trwaniu, choroba ukończyła się pomyślnie. W pierwszym miesiącu choroby ciepłota ciała podnosiła się niekiedy do 40·8°C. i opadała napowrót do prawidłowéj, w drugim miesiącu ciepłota ciała była stale prawidłową, za to tętno dochodziło prawie zawsze do 154. Trzeci przypadek zakończył się śmiercią po 7-tygodniowém trwaniu choroby, lubo kilka razy pojawiały się łudzące objawy pozornego polepszenia i nastawało znaczne zwolnienie przypadów. Dreszcze, które pojawiały się okresowo w ostatnich dniach choroby, pozwalały się domyśleć wypociny ropnéj w oponach mózgo-rdzeniowych, a sekcyja wykazała istotnie małą wypocinę włóknikowo-ropną na podstawie mózgu i na oponie rdzenia pacierzowego w wysokości 4go kręgu grzbietowego obok przekrwienia opon tak mózgowych jakoteż rdzeniowych.

7. Nieliczne przypadki czerwonki, ospy, płonicy, odry i wrzodu miękkiego nie przedstawiały nic uwagi godnego. Z kiłą spotykano się częściéj w klinice ruchoméj, gdzie stanowiła tylko przedmiot dyjagnozy, aniżeli w stałéj, gdzie przyjmowano tylko ciekawsze przypadki osobliwie ze zmianami kiłowemi w narządach wewnętrznych. Wspomnieć należy o przypadku kilaka mózgowego z porażeniem połowiczém i afazyją i o przypadku zapalenia kiłowego okostnéj i ochrzęstnéj 7go i 8go żebra z bardzo szybkiém wyleczeniem przy używaniu wcierań szaruchy.

IV. Oceny i sprawozdania.

V. Bresgen: **Der chronische Nasen- und Rachenkatarrh Eine klinische Studie. Mit 11 in den Text gedruckten Abbildungen.** Wien u. Leipzig, 1881, Urban u. Schwarzenberg. Duża 8ka, str. 85.

Jeżeli wielkie choroby ustroju ludzkiego zasłużyły sobie z natury rzeczy na staranny opis naukowy i zastosowaną do pojęć umiejętnych i doświadczenia terapiję, to równie baczna uwaga należy się chorobom, które, wprawdzie nie grożą utratą życia, ale niemniéj przez swą obecność czynią życie niemiłém lub upośledzają różne funkcyje organizmu. Bez zaprzeczenia jedno z ważniejszych miejsc w rzędzie tych chorób należy się przewłocznemu nieżytowi nosa i przełyku przez blizki jego stosunek do narządu słuchowego, przyrządu oddechowego i zmysłu powonienia, tudzież tak częstych a ogólnych cierpień organizmu, jak zołzy i kiła. Dla tego w obec ważności, osobliwie w praktyce prywatnéj mianowicie ambulatoryjnéj, cierpień przewłocznych nosa i przełyku, tudzież téj okoliczności, iż lekarze chorobom, o których mowa, nie poświęcają téj staranności, jaka im się słusznie należy, dobrą powziął myśl autor, że opracował, na podstawie prac najnowszych i własnych a starannych doświadczeń, rzecz o chronicznym katarze nosa i przełyku.

Pracę swą podzielił autor na sześć części: we wstępie mówi o stosunku specyjalistów lekarzy do kolegów zajmujących się całą medycyną w ogólności i przestrzega pierwszych i to słusznie od zasklepiania się szczelnie w obranéj przez siebie cząstce umiejętności lekarskiéj; w rozdziale drugim przedstawia dokładnie próby badania nosa i przełyku i podaje własnego pomysłu narzędzia do tego celu; w rozdziale trzecim mówi o etyjologii i nie przypuszcza np. między innemi, żeby kiła w zdrowéj poprzednio błonie śluzowéj nosa mogła doprowadzić do zmian swoistych a natomiast potępia stanowczo zażywanie tabaki, w czém niewątpliwie zgodzi się z każdym lekarzem postępowym. W rozdziale 4tym zastanawia się krytycznie nad przypadami i przebiegiem, w 5tym nad leczeniem chronicznego kataru nosa i przełyku, przeważnie na podstawie własnych doświadczeń i postrzeżeń, w zakończeniu wreszcie przyznaje, że wielu przypadków nie można wyleczyć zupełnie, sądzi atoli, że przy wytrwałéj a odpowiedniéj terapii można nawet najgorsze znacznie poprawić.

W obec ważności chorób, o których mowa, a starannego i krytycznego obrobienia przedmiotu polecamy pracę Bresgena uwadze kolegów lekarzy praktycznych, tém więcéj, że i strona jéj zewnętrzna odpowiada najzupełniéj słusznym wymaganiom. *D.*

O cięciu cesarskiém i jego metodach

napisał Dr. A. Mars

Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U. J.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Do niemiłych wydarzeń wśród operacyi należą: *a*) Przyczepienie łożyska na przedniéj ścianie macicy i skutkiem tego krwotok. Postępowanie jak w dawniejszéj metodzie. *b*) Niemożność wyprowadzenia macicy na zewnątrz tuż po wydobyciu płodu. W takim razie można wykonać rozszerzenie rany w ścianie brzusznéj ku górze, a gdyby i to nie wystarczyło, wydobyć popłód, poczém zawsze udaje się wydobycie macicy. Wydarzenie to nie jest miłém ze względu na stratę czasu przy istniejącém krwawieniu, a nadto jak Breisky powiada i z tego względu, że na macicy całkiem wypróżnionéj trudniéj jest daleko założyć pętlę zgniatacza tak, aby jajniki oba nad nią leżały. *c*) Niemożność założenia pętli zgniatacza tak, aby jajniki oba nad nią leżały, jak to wydarzyło się samemu Porro, który zostawił jeden jajnik, a nadto Spaethowi, który oba jajniki musiał pozostawić w jamie brzusznéj. Wycięcie jajników obu razem z macicą jest ważném już to w celu uniknięcia ciąży zamacicznéj, przy obecności jajnika i drożności szyi macicy zawsze możebnéj, już téż w celu uniknięcia nawału krwi do części rodnych, które może wywołać *haematocele retrouterina*, jak w przy-

padku Péana, w którym z tego powodu chora zginęła w 11 dni po operacyi, udar jajnikowy z następowém pęknięciem tegoż itd. *d)* Pęknięcie pętli zgniatacza lub spłożenie się takowéj, co przydarzyło się naraz Breiskyemu, mimo że taką możebność przewidział i dwie pętle jednę pod drugą na dolnym odcinku założył, w chwili bowiem, gdy mu jedna pętla pękła, druga zsunęła się z kikuta i powstał znaczny krwotok, zanim był w stanie nową pętlę założyć. Dla tego należy mieć w pogotowiu więcéj niż 2 zgniatacze. *e)* Przecięcie otrzewny na macicy zgniataczem w przypadkach zbytniéj kruchości szyi. W takich razach należy pętlę zgniatacza poniżéj założyć. *f)* Zanadto silne wciąganie się kikuta do jamy brzucha po zaszyciu rany w powłokach brzusznych.

Przytoczone niemiłe zajścia wśród operacyi a nadto chęć udoskonalenia nowéj metody dały pochop do różnych poprawek w metodzie operacyjnéj, które poniżéj podajemy i tak: chcąc uniknąć krwotoku w czasie 2go i 3go aktu operacyjnego, tyle niebezpiecznego szczególniéj w przypadkach przyczepienia łożyska na przedniéj ścianie macicy, radzi Müller wydobycia macicy po dokonaniu 1go aktu i założenia tymczasowéj podwiązki na miejscu, na którém ma się późniéj znachodzić pętla zgniatacza. Ku temu celowi radzi on już w pierwszym akcie wykonać dłuższe cięcie w powłokach brzusznych prowadząc takowe ku górze i na lewo od pępka. W celu wydobycia macicy wprowadza operator rękę do jamy brzucha, stara się uchwycić róg macicy i wprowadzić w ranę operacyjną, poczém przy pomocy asystentów wyprowadza ją na zewnątrz. Na wydobytéj macicy zakłada w wysokości ujścia wewnętrznego podwiązkę i uciska ją tak silnie, aby w dalszym ciągu operacyi nie było krwotoku. Daléj następuje przecięcie macicy i wydobycie płodu, poczém dopiero zakłada się pętlę zgniatacza i kończy operacyję w sposób wyżéj opisany. Wydobycie takie macicy jest rzeczą bardzo trudną a czasem nawet niemożebną do wykonania tak, że na kilkadziesiąt, do końca ubiegłego roku wykonanych, operacyj metodą Porry, zaledwo w czterech przypadkach udało się wykonanie rady Müllera, mimo że wielu wykonać ją się starało. — Uderzającą tutaj jest okoliczność, iż jedni autorowie powiadają, że macica nie przecięta daje się z łatwością na zewnątrz wyprowadzić, podczas gdy inni twierdzą wprost przeciwnie, a nadto znanym jest przypadek operowany przez Spätha, w którym tenże nie mógł macicy na zewnątrz wyprowadzić przed wydobyciem łożyska. Na pozór zdawaćby się mogło, że wielkość płodu a tém samém i macicy jest rozstrzygającą (zaczém wymownie przemawia przypadek Spätha), czy macica nieprzecięta da się lub nie przez ranę na zewnątrz wyprowadzić. Aczkolwiek nie myślę przeczyć, że wielkość macicy ma znaczenie, to w obec faktu, iż w przypadku operowanym przez Müllera płód ważył 3000 grm., przez Breiskyego 3305 grm., a przez Tarniera 4500 grm., czyli, że w tych przypadkach płody były duże a mimo to dały się na zewnątrz wyprowadzić, a tém samém i macice posiadały duże rozmiary, muszę przypuścić inną jeszcze okoliczność, oprócz wielkości macicy wpływającą na łatwiejsze lub trudniejsze wydobycie macicy nieprzeciętéj na zewnątrz.

Pomijając trudności w wykonaniu rady Müllera mamy przypadki, w których wykonanie takowéj jest przeciwwskazaném i tak: *a*) przypadki, w których poród już dłużéj trwa i szyja macicy jest znacznie rozdęta i przez część poprzedzającą wypełniona, *b*) przypadki, w których wypadła pępowina, założenie bowiem podwiązki zagraża życiu dziecka, trzebaby zatém wpierw odprowadzić pępowinę. W celu łatwiejszego wykonania propozycyi Müllera radzi Breisky przebicie pęcherza płodowego, aby przez odpływ wód płodowych zmniejszyć objętość macicy. Z propozycyją tą zgadzają się Braun i inni. — W ostatnim czasie Halbertsma wychodząc z zasady, że przyczepienie łożyska na przedniéj ścianie macicy jest głównym i najniebezpieczniejszym nieprzyjacielem operacyi cięcia cesarskiego, podaje nowy sposób w celu dokładnego rozpoznania miejsca przyczepienia łożyska za pomocą punkcyi próbnéj. Przekonał się bowiem, że wbijając przez ścianę macicy do jéj wnętrza trójgraniec cienki, jeżeli nie napotkamy łożyska, otrzymamy wodę płodową, w przeciwnym razie krew. W przypadku przez niego operowanym miało mu się udać dokładne oznaczenie przyczepienia łożyska, a ponieważ takowe leżało w części tylko na przedniéj ścianie macicy, wykonał cięcie w ścianach macicy na boku i uniknął tym sposobem następstw wynikających z natrafienia łożyska w ranie operacyjnéj. Autor tuszy sobie, że sposób jego zastąpi w zupełności trudną do wykonania propozycyję Müllera. Teoretycznie przedstawia się ten nowy sposób bardzo pięknie, czy jednakowoż nie jest równie trudnym do wykonania jak rada Müllera, to pytanie. Chcąc wykonać radę przez Halbertsmę podaną musi operator być pewnym, że wykonywając punkcyję potrafi odróżnić, czy koniec trójgrańca przeszył ścianę macicy i znachodzi się w utkaniu miękkiém łożyskowém, lub téż nie przeszył ściany macicy i znachodzi się w jéj obrębie; w jednym bowiem i drugim razie sądzę, że otrzymamy krew przez rurkę trójgrańca. Nadto autor powiada, że w razach, gdy nie napotykamy trójgrańcem łożyska, występują wody płodowe, a jeżeli dotykamy jego końcem płodu, czujemy wyraźnie jego ruchy. Mimowoli nasuwa nam się pytanie, czy ta wyraźność ruchów płodowych nie może być przypadkiem wywołaną mniéj miłém i bezpieczném spotkaniem z ostrym końcem trójgrańca? Bądź co bądź jest to myśl, któréj wcale lekceważyć nie można a przyszłość okaże, o ile ona w praktyce zastósować się daje. W miejsce pętli zgniatacza Billrotha radzono użycia klamry, jeżeli jednak takowéj użyć mamy, winno jéj działanie być dośrodkowém a nie, jak niektóre klamry działają, z dwu przeciwnych sobie stron. Jeżeli bowiem klamra działa w dwu tylko kierunkach, to szypułka staje się płaską, ale za to szeroką; kształt taki szypułki utrudnia dowolne umiejscowienie téjże w dolnym kącie rany w ścianie brzusznéj. W obawie, że pętla zgniatacza założona na kikucie może się z takowego zesunąć, radzono przy podwiązywaniu przebić część nadpochwową macicy w wysokości ujścia wewnętrznego trójgrańcem, przeprowadzić przez rurkę dwie grube nitki i po usunięciu rurki podwiązać część nadpochwową macicy na obie strony. Metoda ta nie jest do zalecenia, a to z tego powodu, że nader łatwo może się wyrobić w otworze przez kikut drążącym przetoka, przez którą wydzielina z szyi macicy do jamy brzusznej wylewaćby się mogła. — Aby daléj kikut nie wciągnął się do jamy brzusznéj, radzono przeprowadzić przezeń długie igły na krzyż po nad powłokami brzusznemi, opatrzywszy końce tychże woskiem, sprężnikiem, albo umyślnie w tym celu sporządzonemi kapelusikami metalowemi. Igły takie pozostawia się aż do odpadnięcia ugniecionéj części kikuta. Radę tę z korzyścią zastósować można. — Do podwiązania i ugniecenia części nadpochwowéj używano: jedwabiu, podwiązki elastycznéj, sprężyny metalowéj; zgniataczy: Cintrata, Billrotha, Meiera, Melzera i Vorstädtera. Ostatniego przyrząd jest umyślnie dla operacyi cię-

cia cesarskiego według metody Porry wymyślony, opatrzony w sprężyny, pod wpływem których pętla instrumentu się zaciska w miarę kurczenia się szypułki macicznéj. — Różne jak w dawniejszéj metodzie istnieją zapatrywania co do drenowania jamy brzusznéj. (Porro przeprowadził dren u swéj choréj od górnego kąta rany brzusznéj do pochwy przez *cavum Douglasi*). — Co do kikuta jedni umocowują takowy w dolnym kącie rany, naśladując autora metody nowéj. Litzmann zapuścił takowy do jamy brusznéj. Schröder radzi robić klinowate wycięcie macicy, zespoić brzegi i zapuścić kikut do brzucha. Klotz zaleca utworzenie płatów, któreby się razem zespoić dały. Pośredni sposób podał i wykonywa Billroth, a mianowicie pod pętlą zgniatacza przeprowadza, po odcięciu macicy, dwie silne podwiązki przez środek kikuta, z których każda jedną jego połowę zaciska, poczém odejmuje zgniatacz i przeprowadza końce podwiązek przez powłoki brzuszne i wiąże je na zewnątrz. W ten sposób rana kikuta macicznego przylega do otrzewny ściany brzusznéj, co aby się tém pewniéj działo, przeprowadza się dwa szwy na powłokach brzusznych założyć się mające przez wierzchołek kikuta.

Leczenie następowe. Jak po każdéj laparotomii, tak też i tutaj, leczenie następowe jest głównie objawowém. Opatrunek należy zmienić, ilekroć przecieknie. Kikut najlepiéj pozostawić w spokoju, dopóki koniec jego zewnętrzny sam nie odpadnie, w razie tylko obawy, aby się nie wciągnął do jamy brzusznéj, można 2go lub 3go dnia po operacyi przyciągnąć bardzo ostrożnie pętlę zgniatacza. Przyciąganie takie musi się odbywać bardzo ostrożnie, albowiem Breisky ostrzega słusznie, że po kilku dniach pętla może się stać kruchszą i pęknąć, skutkiem czego powstały krwotok następowy może być niebezpiecznym, a nadto skutkiem przeciągania pętli zmienia się położenie kikuta a tém samém rozdzierają się bardzo łatwo świeże zlepienia z powłokami brzusznemi.

Przebieg po operacyi. W największéj liczbie przypadków zakończonych śmiercią przyczyną tego zejścia było zapalenie otrzewny, wywołane już to zakażeniem, już też to szerzyło się od brzegów rany źle się gojącéj, z przyczyny urazu wśród operacyi, a nadto w jednym przypadku przez zbyt mocne naciągnięcie krótkiego kikuta. W jednym przypadku przyczyna śmierci leżała w nagłym upadku sił, w jednym nastąpiła śmierć skutkiem krwotoku, a wreszcie w jednym skutkiem tężca. W przypadkach wyzdrowienia z chorób następowych dotąd uważano, prócz z góry przewidzianéj niepłodności, przepukliny brzuszne, przetoki szyi macicznéj, które zakłócały szybkie wyzdrowienie w niektórych przypadkach. Leczenie w przypadkach wyzdrowienia trwało od jednego do dwóch miesięcy. Ugnieciona część kikuta odpadała zwykle między 4 a 5 dniem po operacyi. W przypadkach operowanych przez K. Brauna przy badaniu po kilku miesiącach okazało się, że kikuty oddzieliły się od ściany macicy i były wolno poruszalne, co przez badanie wewnętrzne wykazać można było.

Zestawienie. Skoro znamy przebieg operacyi według obu głównych metod, należy nam się zastanowić nad statystyką i porównać je ze sobą, aby wysnuć wniosek, któréj się pierwszeństwo należy. Podług najnowszych zestawień statystycznych Mayera miano w różnych krajach następujące wyniki po dawniejszéj metodzie operacyjnéj:

Z 480 operowanych w Anglii wyzdrowiało 236, umarło 244, tj. 50%. Z 712 operowanych w Niemczech wyzdrowiało 332, umarło 380, tj. 53%. Z 344 operowanych we Francyi wyzdrowiało 153, umarło 191, tj. 55%. Z 11 operowanych w Belgii wyzdrowiało 4, umarło 7, tj. 63%. Z 46 operowanych we Włoszech wyzdrowiało 5, umarło 41, tj. 87%. Z 12 operowanych w Ameryce wyzdrowiało 8, umarło 4, tj. 33%. Z 1605 operowanych w powyższych krajach, wyzdrowiało 738, umarło 867, tj. 54%.

Według Mayera zatem procent śmiertelności wynosi 54% w dawniejszéj metodzie. Do podobnego wyniku doszli i inni autorowie i tak: Michaelis znalazł, że z pośród 258 przypadków, wyzdrowiało 118, umarło 140, co wynosi 54% śmiertelności. Kayser znalazł między 338 przypadkami z wyzdrowieniem 128, zmarłych 210, co wynosi 62% śmiertelności. Harris w Ameryce między 100 znalazł wyzdrowienia 44, zejścia śmiertelnego 56, co odpowiada 56% śmiertelności. Zwrócić mi tu należy uwagę na sprzeczność wyników Mayera i Harrisa co do operacyj wykonanych w Ameryce, podczas bowiem gdy pierwszy podaje procent śmiertelności na 33, to drugi na 56. Daléj jeżeli z liczb otrzymanych przez różnych autorów weźmiemy średnią proporcyjonalną, to wypadnie nam procent śmiertelności dawniejszéj metody 56·5%.

Przechodząc do metody Porry biorę statystyczne wyniki z ogłoszonych przez Levyego 51 przypadków, operowanych tą metodą w czasie od maja 1876 r. do maja 1880 r., z tych wyzdrowiało 23, umarło zaś 28 osób, tj. śmiertelność wynosi 54·9%. Jeżeli teraz porównamy wyniki obu metod operacyjnych, to na pozór istnieje tylko nieznaczna różnica, jeżeli się jednak zastanowimy nad zestawieniami, różnica okaże nam się większą i tak: 1) Liczba operacyj wykonanych metodą Porry jest nader małą, aby z niéj można obliczyć dzisiaj istotny procent śmiertelności, przy tak małéj bowiem liczbie przypadków kilka dodanych jeden po drugim z wyzdrowieniem lub przeciwnie zmieniają procent śmiertelności bardzo znacznie, podczas gdy na statystykę liczną pojedyncze przypadki wpływu prawie nie mają. Wymowny przykład tego faktu mamy w statystyce przypadków operowanych metodą Porry a przez Levyego zebranych i tak: po dzień 30 grudnia 1879 r. było znanych wykonanych operacyj 40, w tym dniu bowiem Champion w Paryżu wykonał 40tą operacyję według nowéj metody. Z tych 40 przyp. 19 wyzdrowiało 21 zaś umarło, procent zatem śmiertelności wynosił 52·5. W pół roku późniéj wykonano 11 operacyj a procent śmiertelności podniósł się do 54·9, a zatém o 2·4. Między temi 11ma przypadkami było 4 z wyzdrowieniem, 7 zaś z zejściem śmiertelném. Jak widzimy przeto dodatek 3ch przypadków niekorzystnych do statystyki liczącéj 50 przypadków zmienia procent śmiertelności o 2·4, podczas gdy w statystyce liczniéjszéj różnica jest nieznaczną; gdybyśmy bowiem do zestawienia Mayera dodali 3 przypadki z zejściem śmiertelném, to otrzymamy różnicę 0·18%. Jak zatém w ciągu pół roku mogła statystyka metody Porry wykazać wyższą śmiertelność o 2·4%, tak możemy się z każdém półroczem spodziewać podobnéj zmiany na lepsze. Nie mając pod ręką wszystkich przypadków operowanych metodą Porry w czasie od maja 1880 roku do obecnéj chwili nie mogę o dalszéj ostylacyi odsetka śmiertelności nic stanowczego powiedzieć. Biorąc jednak przypadki operowane w Warszawie, w Wiedniu i inne, w niemieckich gazetach ogłaszane, wypowiedzieć mogę przekonanie, że odsetek śmiertelności jeżeli się zmienił w ostatnim czasie, to tylko na lepsze, większość bowiem tych przypadków poszczycić się może wynikiem pomyślnym.

(Dok. nastąpi).

Mauthner Prof. L. **Gehirn und Auge.** Wiesbaden. 1881, stron 260, streścił Dr. E. Machek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

3. Inne choroby przyrządu wzrokowego, które napotykamy w chorobach mózgu, nie powstają skutkiem tychże, lecz skutkiem innéj przyczyny, która równie szkodliwie działa tak na mózg jak i na inne części oka. Tu należą: *a*) Postępujące zapalenie nerwu wzrokowego, towarzyszące uwiądowi rdzenia pacierzowego i wysepkowatemu stwardnieniu mózgu (*sclerosis disseminata cerebri*). Ta sama sprawa chorobowa, która dotyka mózgu lub rdzenia, dotyka także nerwu wzrokowego albo siatkówki. *b*) Gruźlica naczyniówki. Gruzełki naczyniówki dopiero wtenczas widzieć można, jeżeli mają półtora milimetra średnicy, a więc rozmiarami dorównywają tarczy. Gdy są mniejsze, to rozpoznać ich nie można, a to z tego powodu, że je przybłonek barwikowy pokrywa. Wykazanie za pomocą wziernika, że wystają po nad dno oka, należy do trudniejszych zadań oftalmoskopii, chociażby dla tego, że badanie w obrazie prostym chorych, prawie konających i nieprzytomnych, jest utrudnioném. Gruzełki naczyniówki widział pierwszy Jaeger a po nim Manz i Busch. Mauthner podaje, że gruzełków wziernikiem dotąd nie widział. Sprawozdawca, który podczas pobytu swego w Wiedniu widział raz gruzełki naczyniówki wziernikiem, badał pewną liczbę chorych cierpiących na *tuberculosis miliaris* i *meningitis tuberculosa* tak w klinice prof. Dra Jakubowskiego jak na oddziałach chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza, lecz w żadnym przypadku gruzełków wziernikiem spostrzedz nie mógł. Ponieważ i po śmierci w żadnym z tych przypadków ich nie wykazano, więc ztąd już wynika, że w ogóle nie tak często je napotykamy, jak twierdzą Gałęzowski i Bouchut. Mauthner podaje, że gruzełki naczyniówki dla rzadkości swojéj nie mają tego klinicznego znaczenia, które im przypisywano po odkryciu tychże przez Cohnheima (1867). *c*) *Embolia arteriae basilaris cerebri.* Dotąd tylko jeden taki przypadek spostrzegał Schweigger. *d*) Berlin podaje, że w przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowych i rdzenia istota zakaźna w podobny sposób szkodliwie działa na naczyniówkę, jak na oponę mózgową, że więc i tu zmiany w oku nie powstały skutkiem zapalenia opon mózgowych, lecz skutkiem téj saméj zakaźnéj przyczyny chorobowéj.

4. Nakoniec mogą choroby mózgu sprowadzić zmiany w nerwach, które swój początek w mózgu biorą albo przez czaszkę przebiegają a w jakimkolwiek związku z okiem pozostają. Tu należą nerwy mięśni zewnętrznych i wewnętrznych oka, nerw współczulny i nerw trójdzielny. Częściowe albo zupełne porażenie mięśni gałki ocznéj najczęściéj nie wskazuje, w którém miejscu mózgu nowotwór się znajduje. Graefe twierdzi, że według tego, czy wszystkie gałązki nerwów są porażone, lub tylko niektóre, a w tych przypadkach najczęściéj porażenie jest niezupełne, można rozpoznać, czy siedlisko choroby na dnie mózgu się znajduje lub w samém utkaniu tegoż. Pomimo to jednak, jak Mauthner sądzi, w nadzwyczaj rzadkich tylko przypadkach uda się rozpoznać siedzibę nowotworu a dość często się zdarza, iż sekcyja nie potwierdza rozpoznania, chociaż objawy chorobowe pozornie nawet „bardzo dokładnie“ wskazywały, jak nowotwór wzrastał. Najlepiéj jeszcze da się zasada Graefego zastosować do nerwu okoruchowego; pamiętać jednak należy, iż bardzo stosunkowo mała zmiana na dnie *Aquaeductus Sylvii* w miejscu, z którego wszystkie włókna tego nerwu swój początek biorą (Oculomotoriuskern), stać się może przyczyną porażenia wszystkich włókien tak samo jak nowotwór na dnie mózgu się znajdujący, który ogarnął nerw okoruchowy przed wydostaniem się tegoż z czaszki. Chociaż jednak w ogóle porażenia mięśni gałki ocznéj pozostawiają nas w wątpliwości co do siedliska choroby w mózgu, to przecież mają niektóre formy porażenia pewną doniosłość i wartość kliniczną. I tak: *a*) u dzieci, u których reumatyczne porażenie należy do nadzwyczajnych rzadkości, poprzedza czasem, nawet na kilka tygodni, lekkie porażenie mięśni zewnętrznych prostych lub niektórych gałązek nerwu okoruchowego pojawienie się zapalenia gruźliczego błon mózgowych. Porażenia zaś u starszych osób nie mają tego groźnego znaczenia i są albo reumatyczne albo skutkiem zakażenia kiłowego powstałe, które nie koniecznie w ośrodkach lub śródczaszkowych częściach nerwów sprowadza zmiany patologiczne, lecz także i na obwodzie tychże. *b*) Graefe podaje, iż porażenie kilku mięśni zewnętrznych obu gałek ocznych połączone z równoczesną utratą czucia na twarzy dowodzi kiły. *c*) Porażenia, które towarzyszą lub poprzedzają uwiąd rdzenia pacierzowego, rozpoczynają się od porażenia mięśni zewnętrznych prostych. *d*) Wysepkowate stwardnienie mózgu (*sclerosis disseminata cerebri*) rozpoczyna się często od porażenia mięśni (Charcot). *e*) W przypadkach *Paralysis progressiva* objawy oczne według Graefego są następujące: porażenie mięśni jest niezupełne, obustronne, stopień zmienny tak że od czasu do czasu zwrotność oczu staje się znowu prawidłową, podczas kiedy inne dotąd zdrowe mięśnie zostają porażone. Źrenica czasowo rozszerza się, szerokość akomodacyi zmniejsza się. *f*) Wahanie gałek (*nystagmus*) spostrzegano po krwotokach i skaleczeniach mózgu, w przypadkach rozrzuconego stwardnienia tegoż, w chorobach rdzenia pacierzowego (Charcot, Friedreich), po zapaleniu opon mózgowych, a wreszcie u umysłowo chorych. *Nystagmus* może więc powstać skutkiem zmian w mózgu.

Podwyższony ucisk śródczaszkowy może sprowadzić porażenie włókien nerwu współczulnego, które wśród czaszki przebiegają. Porażenie rozwieracza źrenicy sprowadza zwężenie, zadrażnienie zaś rozszerzenie źrenicy. Porażenie zaś ośrodków włókien czuciowych nerwu trójdzielnego, zaopatrujących rogówkę, może sprowadzić neuroparalityczne zapalenie téjże. (Dok. nast.)

Przyczyna łuszczycy i odpowiednie jéj leczenie.

Lang, prof. chorób wener. i skórnych w Uniwersytecie Innsbruckim, badając zmiany łuszczycowe *psoriasis* znajdował w nich pod drobnowidem regularnie grzybki. Wiadomość tymczasową o odkryciu powyższém podał w artykule pod nap.: „*Vorläufige Mittheilung von einem neuen Untersuchungsergebnisse bei Psoriasis*“, zamieszczonym w „*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.*“ 1879, S. 257. Z rozprawki téj wyjmujemy szczegóły najgłówniejsze, aby się niemi podzielić z czytelnikami „Przeglądu“. — Jeśli z wysypki łuszczycowéj zeskrobiemy, ile możności, wszystkie łuski, natedy dostaniemy się do cieńkiéj plewki, przez którą przeświecają różowe brodawki. Plewkę tę można całą zdjąć, przyczém wydobędzie się często kropelka krwi, czego atoli uniknąć można, postępując uważnie. Plewka włożona pod drobnowid, okazuje się, jako złożona z komórek nabłonka, masy rozpadłéj i grzybków, które L. nazwał *epidermophyton* (na wzór *trichophyton* w chorobie *dermatomykosis tonsurans, herpes tonsurans*). Grzybki są rozprószone pojedyńczo lub częściéj skupione w gromadki, i składają się z zarodków i nitek. Zarodki mają kształt okrągły, częściéj jeszcze podługowaty; średnica ich

poprzeczna wynosi 0·005—0·008 mm., podłużna dwa razy tyle. Pierwoszcze (*protoplasma*) w zarodkach jest bardzo blade, jądro widać w niém tylko bardzo rzadko, ziarneczka zaś dają się odróżnić tylko przy bardzo mocném powiększeniu. Błona, otaczająca zarodek, łamie mocno światło, ma lekki odcień barwy żółtawo-zielonawéj, jest rzadko grubą, zwykle cienką; mimo to odróżnić w niéj zawsze można podwójne kontury. Uwarstwienia w niéj nie widać. Tylko raz L. spostrzegł zarodek wielki, otoczony dwiema dosyć grubemi błonami, między któremi był odstęp wolny przy jednym biegunie. Zarodki w okresie kiełkowania widzieć można często. Grubość nitek wynosi 0·002—0·004 mm.; cieńsze spotyka się między komórkami nablonkowemi lub produktami ich rozpadu, grubsze zaś na brzegu preparatu, co może ztąd pochodzi, że nitki stykające się swobodnie z rozczynem ługu łatwiéj pęcznieją. Długość nitek wynosi pospolicie 0·1 milimetra, lecz trafiają się i dziesięciokrotnie dłuższe. Pierwoszcze w nitkach równie jak otaczająca je błona ścian są takie same jak w zarodkach, ostatnia tylko trochę cieńsza. Koniec nitki jest zwykle zaokrąglony lub nawet napęczniały i nie rzadko dochodzi grubości zarodka o kształcie gruszkowatym; cieńszy koniec téj gruszki połączony jest z nitką, a na miejscu połączenia widać nieraz przedziałkę poprzeczną. Przedziałki takie spotkać można czasem i w trzonie nitek. Kiedy niekiedy L. spostrzegał złączone z nitką gałązki poboczne, które czasem miewały na miejscu połączenia przegródki poprzeczne. Rzadko zaś bardzo widział ścianę nitki w kilku miejscach zasznurowaną, atoli w ten sposób tylko, że pierwoszcze zachowało ciągłość.

Przez czas dłuższy L. nie umiał sobie wytłumaczyć obrazów następujących: kupka zarodków okrągłych lub podługowatych połączona bywa cieńszemi końcami ze zwitkiem pasemek niepodatnych, cieniuchnych, połyskujących. Gdy jednak udało mu się wykonać preparaty, na których twory powyższe zdarzały się pojedyńczo, przekonał się, że pasemka owe są niczém innem jeno resztkami nitek grzybkowych, w których po wytworzeniu się zarodków reszta pierwoszcza zanikła, scianki zaś, jako oporniejsze, skurczyły się w owe pasemka. Ztąd związek ich ze zarodkami. Twory powyższe nie są tak małe, aby je z tego powodu przeoczano dotąd. Przyczyna niespostrzegania leży prawdopodobnie w bladości pierwoszcza. Gdyby nie połysk otaczających je ścian, trudnoby było ustroje opisane rozróżnić wśród komórek nabłonka i produktów ich rozpadu. Kto je atoli raz spostrzegł, ten odszuka je w każdym preparacie.

Odkrycie opisane nie jest bez wagi. Z chwilą bowiem, gdy łuszczyca okaże się chorobą grzybkową, przestanie być nieuleczalną. W téj myśli L. zaleca (*Ueber die Behandlung der Psoriasis. Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1880. S. 473*) w przypadkach wysypki rozległéj po oddaleniu łusek (za pomocą kąpieli i mydła szarego) nacierać chorego kwasem karbolowym w rozczynie olejnym 2% (następnie spoczynek w kocach lub włożenie kaftana i spodni flanelowych). Gdy po kilku dniach łusek już nie ma, korzystném jest zastąpienie leku powyższego maścią z kwasu chryzofanowego (6—10%). Na twarzy, gdzie, jak wiadomo, kwasu chryzofanowego używać nie można dla własności jego drażniącéj spojówki, zastąpić go można z korzyścią kwasem rufigallusowym (C_{14} H_8 O_8) również w maści (10%). Środek ten jest niemniéj skutecznym, może być używanym na głowie i twarzy, i nie ma własności odtleniających, jak kwas pyrogallusowy, ztąd nie jest tak niebezpiecznym. W powyższy sposób należy postępować, aż w ciągu tygodni nie pozostanie nawet śladu nacieków łuszczycowych. Jeśli możebna, należy pacyjenta mieć jeszcze potém na oku, aby każde miejsce podejrzane natychmiast zniszczyć, i nie pozwolić się chorobie rozwinąć na nowo. Rzecz naturalna, że na takiém postępowaniu zejść może kilka miesięcy. Jeśli atoli zważymy z jednéj strony, że przy dawniejszym sposobie leczenia chorzy na łuszczycę i po 6 miesiącach okazywali nieraz jeszcze wyraźną wysypkę, z drugiéj zaś, że strupień woszczynowy (*favus*) potrzebuje do wyleczenia średnio pół roku: to czas, potrzebny do osiągnięcia skutku pożądanego, nie będzie nam się zdawał za nadto długim. Nadto takowy może być krótszym w przypadkach, okazujących nieliczne tylko i ograniczone nacieki. W takich razach skrobaczka Volkmanna może być znaczną pomocą. Wreszcie należy mieć na pamięci, że, tak w téj jak w każdéj innéj chorobie skóry grzybkowéj, nie środek zapewnia skutek pomyślny jeno sposób jego użycia. *Dr. Różański (Lwów).*

E. Woakes: O leczeniu wóla za pomocą kwasu fluorowodowego.

Autor postanowił z razu ze względów czysto teoretycznych doświadczać skuteczności kwasu fluorowodowego w przypadkach różnych form wóla, bądź polegającego na rozszerzeniu naczyń gruczołu tarczykowego (*struma vasculosa*), bądź na rozroście miąższu gruczołowego (*struma hyperplastica*), lub na przeroście łączno-tkankowym (*struma fibrosa*). Na środek ten zwróciła uwagę autora przedewszystkiém ta okoliczność, iż fluor należy do téj saméj grupy chemicznéj co jod. który częstokroć w wólu bywa skutecznym. Doświadczenia te czynił w specyjalnym szpitalu „dla chorób szyi w Londynie". Używał ½% rozczynu kwasu fluorowodowego chemicznie czystego, zawierającego 30% gazu kwasu fluorowodowego i podawał tenże w dawkach od 10 kropli do 6·00—8·00 grm. w kilku łyżkach wody. Wyniki lecznicze podane przez autora są zdumiewające: na 20 przypadków wóla różnych postaci, często dość znacznych rozmiarów, nastąpiło w 17 zupełne wyleczenie, obrzęk gruczołu ustąpił w zupełności. Leczenie trwało od kilku tygodni do kilkunastu miesięcy, u osobników niedokrewnych łączył autor fluor z żelazem. Niekorzystnych przypadów ubocznych nie dostrzegł. (*The Lancet 12, 13, 14, 1881. Dr. Ponikło.*

Wiadomości pomniejsze.

Naftol w chorobach skóry. W leczeniu miejscowém chorób skóry dziegieć wielką odgrywa rolę. Wpływ jego, według zapatrywania prof. Kaposiego, na tém polega, że usuwa stan zapalny warstwy brodawkowéj skóry pobudzając do kurczenia się drobne naczynia, usuwa świąd i zapobiega szybkiemu obumieraniu przyskórka, który najlepszą jest ochroną dla warstwy brodawkowéj skóry. Mimo tych zalet jest to lek wstrętny w skutek nieprzyjemnéj swéj barwy i zapachu nieznośnego, jako téż przez to, że brudzi i niszczy bielizną, czasem wywołuje silną reakcyję miejscową a nawet przypady ogólne. Kaposi szukał przeto środków innych, korzystając z rady profesora Ludwiga. Doświadczenia czynione benzolami i fenolami nie udały się, w ostatnich zaś miesiącach używany β-naftol C_{10} H_8 O okazał się skutecznym. Przetwór ten rozpuszcza się w równych częściach alkoholu również

w oliwie i tłuszczach stałych. Do rozczynu alkoholowego dodać można wody w téj ilości, co alkoholu. Kaposi najczęściéj używa maści naftolowéj jako *ung. naphtoli simplex* (*naphtoli 15·00, ung. simpl. 100·00*) albo *ung. naphtoli compos.* (*naphtoli 15·00 axung. 100·00, sapon. vir. 50·00 cretae albae pulv. 10·00*).

Dotąd używał naftolu w 77 przypadkach (*scabies 36, eczema 14, psoriasis 13, prurigo 5, ichthyosis 1, seborrhoea capillitii 1, pityriasis versicolor 4, lupus erythemat. 1, lupus vulg. 1, epithelioma 1*). Przeciwko świerzbowi od miesiąca używa wyłącznie tylko złożonéj maści naftolowéj, uważając ją za najlepszy środek. Przy wyprysku używa $^1/_2$—5 procentowego rozczynu alkoholowego z wodą. Wyniki są dobre ale nadmiar szkodzi, dalsze doświadczenia przeto dopiero okażą sposób używania. W łuszczycy (*psoriasis*) maść działa niezawodnie, lecz nie zapobiega dalszemu szerzeniu się choroby. Bezskutecznym jest naftol w liszaju żrącym i w nowotworze przybłonkowym.

Doświadczenia dotąd poczynione okazały, że naftol posiada wszelkie zalety dziegciu, nie mając jego stron ujemnych. Nie barwi ani skóry ani włosów, zapach ma słaby, słodkawy, nieco przypominający kwas karbolowy, bielizny wcale nie brudzi, czasem tylko zabarwia różowo, lecz plamy te zupełnie wymyć się dają wodą gorącą i mydłem. Skóra go wchłania, bo już w kilka godzin wydziela się moczem mętnym. (*Mittheilungen d. Vereines d. Ärzte in Niederöster.* 1881, Nr. 10). *Dr. Bogdanik.*

(K. B.) **Wodnik chloralu przeciw moczówce cukrowéj.** Doświadczenia z wodnikiem chloralu czynione na zwierzętach przez Meringa i Musculusa, a potwierdzone w zupełności przez Eckharda, wykazały wiele stron dodatnich, za środkiem tym przemawiających. Jeżeli się psu zastrzyknie pod skórę pewną ilość chloralu a następnie nakłuje czwartą komórkę, nie można wykazać ani śladu cukru w moczu; z drugiéj strony jeżeli się najpierw nakłuje czwartą komórkę, ukazuje się cukier, który ginie po zastrzyknięciu chloralu. Przecięcie nerwu błędnego z wycięciem kawałka odśrodkowego w okolicy szyi wywołuje moczówkę cukrową, któréj wszakże pies nie dostaje, jeżeli poprzód zastrzyknięto mu chloral. Wybitne to działanie chloralu u zwierząt w odniesieniu do ludzi dotkniętych cukrzycą okazuje mniéj pomyślne wyniki; użyty w jednym przypadku wodnik chloralu sprowadził znaczne zmniejszenie się ilości moczu i cukru, w drugim zauważono tylko znaczne szybkie zmniejszanie się ilości samego moczu. (*Lyon médical*).

(K. B.) **Przypadek delirium tremens uleczony haszyszem.** Gdy chloral w ilości 5 grm. a następnie wyciąg makowca w ilości 0,20 pozostały bez rezultatu, podawano chloral w pierwszym dniu a makowiec w drugim, przepisał Dr. Villard wyciąg konopi indyjskich 0,50:120,0 co 2 godziny łyżkę. Chory znacznie się uspokoił pod wieczór, spał cokolwiek, a po używaniu téj saméj mięszaniny przez następny dzień co godzina 2 łyżki, przespał całą noc najspokojniéj i objawy *delirium* zupełnie ustąpiły. (*Progrès médical*).

(K. B.) **Wielomoczenie** (*polyuria*) **kiłowe**. Prof. Semmola obserwował trzy przypadki wielomoczenia, w których za przyczynę tego zjawiska uważa zmianę przyrody kiłowéj na dnie czwartéj komórki. Jeden z obserwowanych chorych oddawał na dobę 43 litry moczu o ciężarze gatunkowym 1·001—1·005. Wszystkie środki stósowane były całkiem bezskuteczne, aż nie odkryto śladów kiły; wstrzykiwania podskórne białkanu rtęci i równoczesne podawanie wewnętrzne jodku potasu usunęły sprawę chorobową w 2 miesiącach. (*Courrier méd.*)

(K. B.) **Ukłej kosmkowy pęcherza, usunięcie tegoż, wyzdrowienie.** Dr. Davies Colley podaje następującą obserwacyję: W... lat 32, cierpiał od roku i 8 miesięcy na krwawe moczenie. Krew z początku skąpa, późniéj coraz obficiéj zaczęła się ukazywać, już to przy początku już to przy końcu oddawania moczu. Kateteryzowanie nie wykrywa obecności kamienia, badanie *per rectum* nie wykrywa żadnego obrzęku. Dr Colley zrobił cięcie międzykrocza i badając pęcherz znalazł ukléj kosmkowaty, który zaraz odjął. Dwa miesiące po operacyi chory był zdrów zupełnie. Rozpoznanie dokładne w podobnych przypadkach jest bardzo trudne. Jeden objaw pewny, tj. ukazywanie się kosmków w moczu, jest przechodowy, z innych zaś najpewniejszém jest jeszcze dla rozpoznania polipa krwawe moczenie, trwające dłuższy czas bez żadnéj wybadalnéj przyczyny. (*Bulletin de thérapeutique*).

V. Ostatnie dni zakładów kontumacyjnych w Galicyi i Bukowinie.

Skreślił Dr. A. Barański
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zakłady kontumacyjne czyli kwarantany ustanowione były początkowo w portach morskich i miały na celu niedopuścić wprowadzenia chorób zaraźliwych ludzkich do kraju. Środek ten ochronny zastósowano z czasem i do weterynaryi, a mianowicie przeciw księgosuszowi. W wiekach średnich gdy weterynaryja nie była umiejętnie uprawianą, nie używano żadnych odpowiednich środków przeciw powstrzymaniu szerzących się zaraz; zarazy poczytywano za karę nieba i uciekano się do środków kościelnych lub czarodziejskich. Dopiero na początku wieku 18tego, gdy księgosusz, wprowadzony z krajów wschodnich, nawiedzał często Europę i wyrządzał ogromne straty w bydle rogatém, tak dalece, że uprawa ról stała się niemożebną, zaczęto przemyśliwać nad środkami zaradczemi. Dość wspomnieć, iż np. podczas wojny siedmioletniéj księgosusz w ciągu trzech pierwszych lat panowania swego zniszczył przeszło $1^1/_2$ milijona sztuk bydła rogatego. Straty poniesione w całéj Europie od roku 1700 do 1800 obliczają na 200,000,000, od roku zaś 1800 aż do dnia dzisiejszego na 100,000,000 sztuk. Ostatnia zaraza bydła rogatego w Bośnii i Hercegowinie, która dopiero przed kilku tygodniami stłumioną została, zniszczyła przeszło 50,000 sztuk. — Ażeby więc klęskom tego rodzaju stale zapobiedz i nie dopuścić przewleczenia zarazy, zmuszone były rządy krajów cywilizowanych zbadać naturę choroby i zastanowić się nad środkami zaradczemi. Lekarze włoscy Lancisi i Ramazzini byli pierwszymi, którzy zajęli się gorliwie tą sprawą i na wielkie zasługują uznanie, gdyż zbadawszy z niejaką dokładnością naturę księgosuszu, podali odpowiednie środki policyjno-weterynaryjne przeciw szerzeniu się zarazy. — Z postępem umiejętności przekonano się wkrótce, że wszelkie choroby zaraźliwe zwierząt domowych, z wyjątkiem jednego księgosuszu, mniéj więcéj po całéj Europie są rozpowszechnione, księgosusz zaś powstaje tylko w krajach wschodnich, a mianowicie w Rosyi. Ponieważ więc księgosusz, ta najstraszniejsza zaraza dla bydła rogatego, u nas samoistnie nigdy się nie pojawia, tylko zawsze zawleczony bywa z Rosyi, nasunęła się myśl sama przez się, że aby uniknąć całkiem niebezpieczeństwa wprowadzenia zarazy, należy zamknąć granicę rosyjską dla wywozu bydła rogatego. Z tych to powodów Prusy i Austryja zamknęły już od dawnych czasów swe granice. Ponieważ atoli nie zawsze panowała zaraza w prowincyjach rosyjskich, a handel bydłem stepowém przynosił znaczne korzyści (pędzono je bo-

wiem nie tylko do Austryi i Niemiec, lecz nawet do Francyi i Anglii) przeto dozwolono pod pewnemi warunkami na przeprowadzanie bydła rogatego przez granicę. Środki ostrożności, które zaprowadzono, zmierzały do tego, aby uniemożebnić wprowadzenie nie tylko bydła już chorego, lecz także pozostającego w okresie wylęgania księgosuszu, ktory, jak wiadomo, trwa 5 do 7 dni, a u stepowego bydła może się nawet przeciągnąć do 10 i 14 dni. Urządzono więc w Prusiech na granicy Litwy i Królestwa Polskiego, a w Austryi na granicach Podola, Wołynia, Besarabii i Rumunii w pewnych korzystnych miejscowościach zakłady kontumacyjne, które to zakłady miały na celu bydło z Rosyi pochodzące na granicy przez przeciąg dni 14 lub 21 co do stanu zdrowia obserwować, aby li tylko bydło zdrowe dostać się mogło do kraju. Jeżeli się przekonano, że bydło obserwowane przez dni kilkanaście w takich zakładach kontumacyjnych żadnych nie okazywało objawów księgosuszu, czyli że bydło zupelnie zdrowe, natenczas wystawiano paszporta bydlęce, cechowano każdą sztukę i pędzono je pewnemi li tylko dla bydła kontumacyjnego przeznaczonemi drogami. W pewnych stacyjach odpoczynku odbywały się rewizyje bydła pędzonego i paszportów. Bydła podejrzanego lub księgosuszem dotkniętego nie wpuszczano wcale do kraju.

Zdawałoby się na pozór, że aparat kontumacyi dobrze urządzony powinienby był dostatecznie ochronić kraj od zarazy, doświadczenie atoli pokazało, że rzecz ma się zupelnie przeciwnie. Nie tylko że zakłady kontumacyjne nigdy pewnéj rękojmi ochrony dać nie mogły, nadto stawały się właśnie owe zakłady ogniskami zarazy. Pominąwszy jednakowoż te wady, które nie dadzą się w żaden sposób usunąć, przekonano się zarazem, że zakłady kontumacyjne, od których spodziewano się pierwotnie, że zapobiegną stanowczo przemytnictwu bydła rogatego przez granicę, nie zdołały nigdy powstrzymać handlu potajemnego. Azeby uniemożebnić przejście granicy między zakładami kontumacyjnemi, ustawiono wzdłuż granicy straż pograniczną, która wzbraniała przystępu bydłu. Lecz nawet i ten środek nie mógł powstrzymać wdarcia się zarazy przez granicę, środek nadzwyczaj kosztowny, a który dotychczas za najlepszy uważano. Podczas wojny roku 1831 zamknęły Prusy swe granice tak szczelnie żołnierzami, iż wzdłuż granicy stał żołnierz od żołnierza zaledwie o 200 do 400 kroków oddalony, aby uchronić kraj od wprowadzenia naówczas w Królestwie Polskiém grasującego księgosuszu. Mimo tak ogromnéj czujności dostał się księgosusz do Księstwa poznańskiego, że tak powiem po nad głowami kordonu.

Zważywszy nadto, że zakłady kontumacyjne, jeżeli jako tako swemu zadaniu odpowiedzieć mają, wymagają ogromnych kosztów, następnie że mogą być urządzone tylko w pewnych korzystnych miejscowościach, musimy przyznać, że nadzieje, które pierwotnie przy ich zaprowadzeniu miano, były złudnemi. Mają one racyję bytu tylko na wyspach lub w ogóle na wybrzeżach morskich, nigdy atoli na granicach suchych. Wprawdzie dałoby się stanowczo zapobiedz niebezpieczeństwu wprowadzenia zarazy przez zakłady kontumacyjne, gdyby przedłużono czas obserwacyi bydła do 4 tygodni, środek podobny atoli równałby się w rzeczywistości prawie zupełnemu zakazowi wywozu, gdyż koszta utrzymania w zakładach kontumacyjnych byłyby tak znaczne, że wywóz zamiast zysków przynosiłby straty. To co przed 40 laty potrzebom ówczesnym odpowiadało, dzisiaj, w obec zmienionych środków komunikacyjnych, nie ma żadnéj wartości. Przed 40 laty, gdy koleje żelazne nie były znane, zakłady kontumacyjne miały nierównie większą racyję bytu aniżeli dzisiaj, a to z przyczyny następującéj: dopóki do transportu bydła nie używano kolei żelaznych, dopóty istniała obawa wprowadzenia księgosuszu tylko dla okolic w pobliżu granicy rosyjskiéj położonych, gdyż bydło pędzone drogami poruszało się nadzwyczaj powoli i nie mogło oddalić się w kilku dniach daleko od granicy, a tém samém zawlec zarazę w dalsze okolice. Dziś zaś bydło rogate, władowane do wagonów w okresie wylęgania się choroby, za dni kilka wprowadzone być może w głąb kraju, zanim wystąpią wybitne objawy choroby, a więc zaraza przeniesioną być może od razu na miejsca bardzo odległe. Z powodu téj ostatniéj przyczyny zniosły Prusy już od dawna zakłady kontumacyjne znajdujące się na granicy rosyjskiéj i zaprowadziły natomiast zupełne zamknięcie téjże z najlepszym skutkiem.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Rozporządzenie c. k. Ministerstwa spraw wewn. z d. 26 stycznia 1881 l. 351 do c. k. Namiestnictwa we Lwowie.

Namiestnictwo w Bernie doniosło, że w jego okręgu znajdują się w aptekach kapelusiki białe, kauczukowe, do ssania dla niemowląt służące, które według wyniku badania chemicznego zawierają około 60% zynku. Kapelusiki te mają pochodzić z firmy Froreich i sp. w Pradze i od bandażysty Odelgi w Wiedniu. Zawiadamiając o tém c. k. Namiestnictwo zwraca się uwagę na rozporządzenie z d. 1 maja 1880 r. Dz. u. p. l. 54 ustęp 6 i 7) i poleca dalsze urzędowe zarządzenie a mianowicie zwrócenie uwagi przemysłowców właściwych jakoteż aptekarzów tamtejszych na zakaz podobnych przedmiotów.

Statystyka epidemij. W tygodniu 18 (do 30 kwietnia) ospa w Londynie dosięgła szczytu. Świeżo zapadło 20, umarło 70, leczyło się w szpitalach 1036. W Wiedniu umarło 22, w Paryżu 21, w Budapeszcie 9: W Filadelfii umarło od 26 marca do 2 kwietnia 41. Odra rozszerzyła się bardziéj w Londynie, podobnież i w Walencyi. Dur osutkowy zaczyna się szerzyć w Londynie, w Wiedniu, Budapeszcie, Murcyi, Odesie i Walencyi. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 1—15 marca 25 osób. W Krakowie umarło w 19 tygodniu (do 7 maja): 1 z ospy, 5 z odry, 1 z błonicy, 3 z duru brzusznego, 4 z duru osutkowego, 1 z gorączki połogowéj, 1 z czerwonki, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 8 odry, 25 duru osutkowego, 3 duru brzusznego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 18 (do 30 kwietnia) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 55,7; w Poznaniu 26,0; w Wiedniu 35,9; w Budapeszcie 40,0; w Berlinie 27,4; w Wrocławiu 29,4; w Gdańsku 25,2; w Mnichowie 44,1; w Dreźnie 22,9; w Lipsku 23,3; w Bazylei 30,1; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 20,3; w Paryżu 28,2; Londynie 21,8; w Kopenhadze 24,8; w Stokholmie 25,5; w Odesie 30,4; w Rzymie 27,3; w Wenecyi 22,6; w Bukareszcie 22,4; w Madrycie 34,0; w Lizbonie 22,7; w Aleksandryi 36,5; w Nowym Yorku 30,1; w Filadelfii 22,6; w Bombaju 34,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

Dr. Adam Ferdynand Adamowicz

b. profesor w b. Akademii lekarskiéj wileńskiéj, członek honorowy Tow. lek. krakowskiego, zaszczycony dyplomem honorowym Uniw. Jagiell.

umarł w Wilnie d. 12 bm. w 79 roku życia.

Podając na teraz tylko wiadomość o śmierci wielce zasłużonego Męża postaramy się o dokładny opis jego życia i zestawienia prac naukowych.

* **Kraków** d. 25 maja. Dnia 27 bm. rozpoczynają się egzaminy fizykackie, dla których zjedzie na dni kilka protomedyk Biesiadecki. Tym razem zgłosiło się do egzaminu kandydatów 7.

* Wydział lekarski Uniwersytetu krakowskiego mianował Dra Leona Kopffa asystentem przy katedrze chemii lekarskiéj a p. Szymkiewicza demonstratorem przy katedrze patologii ogólnéj.

* W Cieplicach czeskich według nadesłanego nam wykazu do d. 18 b. m. bawiło gości 636.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu z d. 14 bm. Wydział lekarski na wniosek sprawozdawcy komitetu prof. Bambergera uchwalił przedstawić Ministerstwu Oświecenia następujących kandydatów na katedrę syfilidologii, opróżnioną skutkiem ustąpienia Sigmunda: na 1ém miejscu: prof. Neumanna, na 2ém prof. Auspitza, a na 3ém proff. Picka w Pradze i Langa w Insbruku.

* Rząd przedłożył Radzie państwa projekty ustaw tyczące się urządzenia uniwersytetu czeskiego w Pradze. Według tych projektów istnieć będą dwa uniwersytety, jeden niemiecki a jeden czeski, pod wspólną nazwą Karola Ferdynanda a majątek dotychczasowy uniwersytetu lub wydziałów stanie się majątkiem wspólnym obydwóch uniwersytetów, a względnie wydziałów. Uczniom wolno będzie imatrykulować się na jednym tylko uniwersytecie, ale dozwoloném uczęszczać i na wykłady drugiego, które im się policzą tak, jakby uczęszczali na wykłady w uniwersytecie swoim. Na teraz urządzone zostaną tylko wydziały prawniczy i filozoficzny w uniwersytecie czeskim, ale spodziewać się należy, że niezadługo stanie i wydział lekarski z wykładem czeskim, czego pobratymcom naszym serdecznie życzyć wypada.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Zauderer, fizyk egzaminowany, dotychczas lekarz praktykujący w Wieliczce, mianowany został przez wspólne Ministerstwo austro-węgierskie lekarzem powiatowym w mieście Foča w Hercogowinie.

* **Nekrologija**. D. 15 bm. umarł z duru osutkowego w sile wieku profesor anatomii patolog. w Giessen, Dr. Maks. Perls, zasłużony wielce w piśmiennictwie. W Lyonie umarł chirurg Philippeaux w 59 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Kronice Lekarskiej* Nr. 10: Kandarackiego (z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu): O innerwacyi dróg oddechowych, o kaszlu i kilka słów o wpływie chloroformu na oddychanie; W *Medycynie* Nr. 21: Sokołowskiego: Przypadek zwężenia krtani, leczenie metodyczne za pomocą rozszerzadeł Schröttera, poprawa; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy w Mieni w r. 1880 (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Dunina: Nagła śmierć w suchotach płucnych w skutek wstąpienia powietrza do naczyń; Przewóskiego: O wstrząnieśniach różnych części układu nerwowego i innych organów (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. Julijan OLPIŃSKI: Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych obowiązujących w Król. Galicyi i Lodomeryi z W. Ks. Krakowskiém. Tom IV, Kraków, 1881, w 8ce, str. 268. (O tym zbiorze zdamy sprawę niebawem).

Sprawozdanie roczne szpitala dziecięcego Sgo Józefa w Poznaniu. za czas od 1 kwietnia 1880 do 31 marca 1881 r. Poznań, 1881, w 8ce, m. str. 16.

Piśmiennictwo lekarskie. LAURENT. Modifications des bruits du coeur dans la cirrhose du foie. 8 Paris, Delahaye et Lecrosnier. Fr. 2½.

WEISS J. Compendium der Psychiatrie f. practische Aerzte u. Studirende. gr. 8. Wien, Bermann et Altmann. M. 6.

WERNICKE C. Ueber den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie. Ein Vortrag. M. 1 Taf. gr. 8. Kassel, Fischer. M. 2.

WÖLFLER A. Ueber die Entwickelung u. den Bau der Schilddrüse mit Rücksicht auf die Entwickelung der Kröpfe. Mit 7 Tfln. u. 4 Holzschn. Imp.-4. Berlin, G. Reimer. cart. M. 15.

CORNIL u. RANVIER. Manuel d'histologie pathologique. 2 éd. T, 1 av. fig. 8 Paris, Germer-Baillière et Co. Fr. 14.

DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clinique thérapeutique. 4 fesc. gr. 8. Paris, Doin. Fr. 5.

— Sur le traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électropuncture. 8. Paris, Doin. Fr. 1.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 1go czerwca o godzinie 5téj po południu w sali wykładowéj kliniki okulistycznéj posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Pieniążek okaże przyrząd służący do oświetlenia jam ciała podług Nitzego i Leitera a 2) kol. Pisek mówić będzie „o torbielach jamy brzusznéj z wyłączeniem torbieli części płciowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.